

康复健康教育对脊髓损伤患者康复治疗依从性的影响*

郑彩娥¹ 王元姣¹ 王雅莉²

脊髓损伤(spinal cord injury, SCI)是由于各种原因引起的脊髓结构、功能损害,造成损伤水平以下运动、感觉、自主功能的障碍。SCI往往造成不同程度的四肢瘫痪或截瘫,是一种严重致残性损伤。在SCI患者的康复过程中,患者主动参与康复显得尤为重要,主动参与康复治疗能够使患者在尽可能短的时间内,用较少的治疗费用,得到最大限度的功能恢复,提高患者的生存质量、减轻家庭、社会负担,为患者回归社会奠定基础。而在康复过程中,常遇患者和家属对康复治疗中依从性较差,使康复过程常常不能保质保量地进行,不能达到理想的康复效果。2009年2月—2011年3月我院康复科57例SCI患者通过康复健康教育提高患者康复治疗依从性,减少并发症的发生,提高患者的生存质量,取得了满意的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择脊髓损伤患者57例,男性40例,女性17例,年龄21—68岁,平均年龄(39.5±18.2)岁,受伤时间1—4个月;平均住院时间(87.6±21)d。57例患者SCI分类^[1]:A:完全性损伤4例;B:不完全性损伤17例;C:不完全性损伤21例;D:不完全性损伤15例。所有病例均过了疾病急性期,但均有不同程度肢体功能障碍,大小便失禁,生活不能自理。患者能参与康复治疗并签署知情同意书,排除严重心肺肝肾重要脏器功能障碍,有严重精神疾病或拒绝治疗者。患者随机分为两组:实验组29例,对照组28例。两组患者在年龄、经济收入、职业、文化程度及病程、病情、严重程度及入院时SCI康复健康知识得分情况等方面比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组一般资料比较

| 组别 | 例数 | 年龄($\bar{x} \pm s$, 岁) | 文化程度(例) | | | | 病程(d) | SCI分类(例) | | | | 疾病知识认知评分($\bar{x} \pm s$, 分) |
|-----|----|--------------------------|---------|----|----|----|-----------|----------|---|----|---|--------------------------------|
| | | | 小学 | 初中 | 高中 | 大学 | | A | B | C | D | |
| 对照组 | 28 | 39.1±19.1 | 8 | 10 | 6 | 4 | 35.6±8.04 | 2 | 8 | 11 | 7 | 12.6±4.38 |
| 实验组 | 29 | 38.9±18.8 | 7 | 11 | 6 | 5 | 36.9±6.11 | 2 | 9 | 10 | 8 | 11.9±6.43 |

1.2 康复健康教育方法

两组患者均给以药物(营养神经药物等)治疗及常规康复治疗(早期、恢复期康复训练等)。实验组根据患者SCI的程度、个体差异及住院不同阶段制定出康复健康教育不同内容,给予有目的、有计划、个体化的康复健康教育。

1.2.1 康复治疗中的指导教育^[2]:①疾病知识、康复医学知识、心理康复知识和健康相关行为等;训练中的注意事项、安全措施、康复饮食的指导教育;合理安排活动和休息等。②功能重建的教育:床上体位、翻身、转移、站立、行走训练指导,使患者尽早恢复生活自理能力。③预防并发症的教育:
a.自我观察压迫部位皮肤,定时翻身,预防压疮形成。
b.预防肺部感染:翻身拍背;指导胸腹式呼吸及有效的咳嗽排痰。
c.预防泌尿系感染:指导留置护理、膀胱训练、间隙导尿方法及注意事项。
d.肠道护理:指导家属合理饮食,避免便秘或

腹泻。
e.预防废用综合征:保持抗痉挛体位及肢体的主动、被动活动。要求依从康复处方完成每天康复训练项目。④出院前的教育:帮助患者和家属制订康复计划和要求,持续康复训练,定期到医院评定、复查等。

1.2.2 心理康复教育:①采取有效沟通,对患者的微小进步都给予及时的鼓励,使患者在心理适应、配合训练,增强康复信心,消除不良情绪,达到良性循环。②协助建立良好的社会支持系统。③增强心理适应能力,提高康复治疗依从性。

对患者家属的教育:教会家属康复训练操作技能,如肢体的被动活动、肢体正确摆放及体位转移方法、安全保护方法、营养膳食及心理疏导。通过康复健康教育使家属明确,康复训练过程艰苦而漫长,可能终生伴随,需要有爱心、信心、耐心、恒心。

1.2.3 由康复科医生、治疗师、护士组成康复健康教育小

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.07.020

*基金项目:浙江省康复中心A级课题(2003A004)

1 浙江省人民医院望江山院区,杭州市西湖区双流村642号,310024; 2 浙江省老年关怀医院康复科

作者简介:郑彩娥,女,副主任护师; 收稿日期:2012-12-18

组。教育时间:①入院时当天的健康教育及指导;②康复科医生查房时、康复治疗师治疗时、康复护士在患者回病房时,为患者及家属讲解康复知识,告知康复治疗的情况,康复训练指导;③保证每月第1周由康复医生或护士集中上课1次,时间1h;教育相关疾病知识、康复知识、训练方法、注意事项等;发放统一编制的《SCI康复健康教育手册》。由护士监督康复健康教育计划的实施;督促患者每天按计划完成康复训练,及时发现SCI患者存在的不依从问题,定时评价效果,并给予持续改进。

1.3 疗效评价标准

1.3.1 评价教育需求:采用浙江省康复中心康复健康教育课题组自行设计的系列表格《SCI患者健康知识问卷调查表》^[9],调查内容包括一般情况;SCI相关知识认知调查(分4部分,1—4题为SCI基本知识、5—8题为康复治疗方法、9—12题为并发症预防、13—16题为回归社会家庭康复),以知道、部分知道、不知道作答。每题2分,总分32分;知道2分、部分知道1分、不知道0分3个标准。于患者在治疗前、治疗后2个月进行评定。

1.3.2 参考有关文献^[4-5];设计《SCI患者康复治疗依从性调查问卷》,该问卷包括4方面内容:①康复处方依从性;②预防并发症依从性;③生活方式改变依从性;④康复训练依从性。通过12个问题评估,每个问题均采用0—3分记分方法,

总分36分。依从性总分得分越高代表依从性越好。问卷的重测信度为0.86,Cronbach α 为0.91,表明问卷具有良好的信度和效度。在康复教育、治疗后2个月进行依从性评定。

1.3.3 并发症发生率评价:包括肺部感染、尿路感染、压疮、关节僵硬、便秘。在治疗后2个月进行疗效评定。

1.4 统计学分析

使用SPSS 13.0统计学分析软件对收集到的数据进行处理,问卷和量表测评得分用平均值±标准差表示,计数资料采用χ²检验,采用t检验进行组间显著性检测。P<0.05为差异有显著性意义。

2 结果

在患者入院后进行问卷调查,两组患者SCI疾病知识认知水平评分比较差异无显著性(P>0.05);实验组患者在接受康复健康教育指导后2个月,SCI疾病知识认知水平提高,对疾病知识的掌握率显著高于对照组(P<0.01),差异具有显著性意义。见表2。

通过从入院、康复治疗中、出院前的康复健康教育,实验组患者的康复治疗依从性明显高于对照组患者,差异有显著性(P<0.01),可见康复健康教育可提高患者的康复治疗依从性^[6]。康复健康教育指导能提高SCI患者预防并发症知识,实验组并发症发生率低于对照组(P<0.01),见表3—4。

表2 两组患者SCI疾病知识认知水平评分

($\bar{x}\pm s$,分)

| 组别 | 例数 | SCI | 康复治疗基本知识 | 预防并发症方法 | 回归社区知识 | 总分家庭康复 |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 对照组 | 28 | 4.6±2.28 | 5.5±1.24 | 3.7±2.36 | 4.5±1.36 | 18.3±7.24 |
| 实验组 | 29 | 7.1±2.31 | 6.8±3.13 | 6.9±2.20 | 7.2±2.07 | 28.0±9.71 |

表3 两组患者康复治疗依从性指标

($\bar{x}\pm s$,分)

| 组别 | 例数 | 康复处方依从性 | 预防并发症依从性 | 生活方式改变依从性 | 康复训练依从性 | 平均依从性总分 |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 对照组 | 28 | 6.49±1.75 | 6.72±2.25 | 4.38±1.13 | 5.81±1.66 | 23.75±4.29 |
| 实验组 | 29 | 8.28±2.12 | 7.94±2.06 | 7.72±1.51 | 8.02±1.85 | 31.09±7.54 |

表4 两组患者并发症发生率

| 组别 | 例数 | 肺部感染 | | 尿路感染 | | 压疮 | | 关节僵硬 | | 便秘 | |
|-----|----|------|------|------|------|----|------|------|------|----|------|
| | | 例 | % | 例 | % | 例 | % | 例 | % | 例 | % |
| 对照组 | 28 | 8 | 28.6 | 12 | 42.8 | 6 | 21.4 | 17 | 60.7 | 12 | 42.8 |
| 实验组 | 29 | 2 | 6.9 | 7 | 24.1 | 1 | 3.4 | 4 | 13.8 | 7 | 24.1 |

χ²=29.12, P<0.01

3 讨论

3.1 良好的康复治疗依从性是SCI康复的关键

依从性通常是指一个人的行为与治疗和健康指导保持一致的程度,行为本身包括态度、认识及动机,并随时间、环境变化而变化^[7]。患者对防治知识了解越充分,与医护人员的配合就越好,治疗依从性和效果就越好,从而形成治疗疾病

的良性循环。患者康复训练依从性受多种因素的影响。SCI是一种严重致残性损伤,患者依从性差的主要因素有知识欠缺、健康信念、终身残疾、社会支持系统等。而SCI是一种需要进行较长时间康复治疗的疾病,依从性差会明显影响疗效、结局和回归社会。良好的康复治疗依从性是SCI康复的关键,要提高患者康复依从性,需通过康复健康教育增加患者疾病知识、康复知识^[8],正确认识康复训练的重要性,明确只有遵循康复程序,全身心投入,转变依赖观念,努力刻苦参与康复训练,才能达到康复最终目标。康复健康教育可提高患者的康复治疗依从性,本研究实验组疾病康复知识、预防并发症知识、康复训练依从性均高于对照组(P<0.01)。

3.2 康复健康教育提高依从性减少并发症发生

SCI患者自理能力下降,需长期卧床,容易发生各种并发症,严重影响患者康复。对患者进行预防并发症知识教育,提高康复治疗依次性。做出正确评估,早期发现,积极采取预防措施。指导患者家属正确的翻身技术,按摩的技巧,避免拖、拉、推、擦动作;给予患者饮食指导,鼓励患者多喝水,预防泌尿系感染,减少并发症。心理康复教育提高患者自我管理的能力,改善患者康复治疗的依从性,使他们更加积极主动地参与到疾病的治疗与决策中,有效地管理自己的膀胱,且使其解除了因排尿障碍带来的生活社交的困惑,减轻他们的心理负担及抵触情绪,主动参与康复治疗、护理,从而增强康复治疗的效果,改善医患之间的合作关系,以及患者对医护人员的依从性^[9]。

3.3 对患者家属康复健康教育指导,提高患者康复依从性

SCI患者的康复需要家庭的支持和协助,家属是患者的陪护者、监护者和重返社会的支持者,在患者的康复过程中起重要作用^[10]。身心康复不仅依赖于患者自己,也依赖于他们的家庭内在经济、心理方面对患者的支持。积极的关心和照顾能使患者树立康复的信心,积极配合康复治疗,提高康复治疗依从性。为患者提供有利于康复训练的社会氛围,使患者感受到自己生存的价值^[11]。向患者家属讲明长期坚持主动及被动训练的重要性,让患者及家属接受康复训练的理念,建立伙伴式的康复训练模式,动员家庭成员参与到患者的康复训练过程中来,营造一个互动的治疗环境,从而提高SCI患者康复依从性。

参考文献

- [1] 李泽兵.脊髓损伤预后评估方法及其标准[J].中国康复医学杂志,2002,17(4):240.
- [2] 郑彩娥.主编.实用康复医学健康教育[M].北京:中国科学技术出版社,2007.114—116.
- [3] 郑彩娥,李静虹,张荀芳,等.不同人群康复知识问卷调查研究[J].中华物理医学与康复杂志,2006,28(8):493—494.
- [4] 闫宇翔,王仁安,康晓平.依从的影响因素及测量方法[J].医学综述,2003,9(9):556—558.
- [5] 温慧娟,吴丹.情绪因素对老年脑梗死患者康复治疗依从性影响[J].中国老年保健医学杂志,2009,7(2):123.
- [6] 赵晓燕,孟根宝.健康教育对糖尿病患者疗效及依从性影响的临床观察[J].包头医学院学报,2012,27(1):66—67.
- [7] 施华芳,姜冬九,李乐之,等.病人依从性的研究进展[J].中华护理杂志,2003,38(2):134—136.
- [8] 郑彩娥,周秀凤,张荀芳,等.老年冠心病患者认知调查与康复健康教育疗效的研究[J].中国康复医学杂志,2009,24(12):1141—1142.
- [9] 包芸,杜春萍,张建梅.临床路径在康复科脊髓损伤患者健康教育中的应用[J].中国康复理论与实践,2010,16(3):288—289.
- [10] 郑彩娥,林伟,叶洪青.在康复医学中开展健康教育的必要性[J].中华物理医学与康复杂志,2008,30:133—135.
- [11] 任偶诗,郑彩娥,张荀芳.康复健康教育对老年高血压病患者疗效的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2008,30:772—775.

(上接 662 页)

- 196—198.
- [4] 任龙喜,梁喜斌,张彤童,等.经皮激光椎间盘减压术治疗腰椎间盘突出症的中期疗效观察[J].中国脊柱脊髓杂志,2012,22(4):302—306.
- [5] 李永刚,韦继南,陆军,等.椎间盘镜下髓核摘除术和经皮椎间盘切吸术治疗单节段中央型椎间盘突出症的远期疗效比较[J].介入放射学杂志,2012,21(1):40—44.
- [6] Oh WS, Shim JC. A randomized controlled trial of radiofrequency denervation of the ramus communicans nerve for chronic discogenic low back pain[J]. Clin J Pain, 2004,20(1):55—60.
- [7] 胡永胜,张玉坤,黄卫民,等.不同浓度臭氧治疗椎间盘源性腰痛的疗效评价[J].中国疼痛医学杂志,2011,17(11):697—699.
- [8] 寇久社,郑刚,张志魁,等.不同质量浓度医用臭氧对兔骨骼肌损伤的病理学研究[J].西北药学杂志,2012,27(1):47—49.
- [9] 杨利学,谭龙旺,李小群,等.CT引导下射频热凝术对腰椎间盘突出

- 突出症髓核即时回缩效应的临床观察[J].中国骨伤,2008,21(4):319.
- [10] 王晓文,刘勇,陈云,等.射频热凝靶点技术对腰椎间盘突出症髓核回缩效应的临床观察[J].包头医学院学报,2011,27(2):58—59.
- [11] Urrútia G, Kovacs F, Nishishinya MB, et al. Percutaneous thermocoagulation intradiscal techniques for discogenic low back pain[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2007, 32(10):1146—1154.
- [12] 卢玉花,王玉明,蔡志梅,等.关于腰椎间盘突出症射频靶点消融术的几点思考[J].颈腰痛杂志,2012,33(3):220—221.
- [13] Yan D, Li J, Zhu H, et al. Percutaneous cervical nucleoplasty and percutaneous cervical discectomy treatments of the contained cervical disc herniation[J]. Arch Orthop Trauma Surg, 2010, 130(11):1371—1376.